



Pós-Graduação em
**Atenção Básica
em Saúde da Família**



FIOCRUZ
UNIDADE CERRADO PANTANAL

CLEIDE TICIANE BARBOSA IRRASSAVAL

**CONTROLE DOS FATORES DE RISCO DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA NO PSF DO ASSENTAMENTO ITAMARATI
NA CIDADE DE PONTA PORÃ – MS.**

CAMPO GRANDE / MS
2015

CLEIDE TICIANE BARBOSA IRRASSAVAL

CONTROLE DOS FATORES DE RISCO DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA NO PSF DO ASSENTAMENTO ITAMARATI
NA CIDADE DE PONTA PORÃ – MS.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
à Universidade Federal do Mato Grosso do Sul
como requisito para obtenção do título de
Especialista em Atenção Básica em Saúde da
Família.

Orientadora: Prof^a Rejane Kodjaoglanian
Cardoso

CAMPO GRANDE / MS
2015

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho a Deus, minha força, meu amparo, meu amigo de todas as horas;

Ao meu esposo Lucas, por partilhar momentos dos meus estudos e por sempre estar ao meu lado;

Ao meu pai Ramão (*in memoriam*) que hoje não está presente fisicamente, mas é para quem eu dedico tudo que sou e que conquistei em minha vida; minha mãe Blanca pela força e incentivo constante, pelos ensinamentos e amor que sempre me transmite.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ser meu alicerce em tudo o que faço.

Ao meu esposo Lucas, por sempre acreditar e apoiar as minhas escolhas.

Aos meus pais pelo incentivo e força constante.

À Prof^a. Rejane Kodjaoglanian Cardoso, pela orientação e dedicação, por partilhar seus conhecimentos para que eu pudesse construir o meu.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para que essa pesquisa fosse realizada com êxito.

“Antes de chorar sobre os limites que possui, antes de reclamar de suas inadequações, e fadar o seu destino ao fim, aceita o desafio de pousar os olhos sobre este aparente estado de fraqueza, e ouse acreditar, que mesmo em estradas de pavimentações precárias, há sempre um destino que poderá nos levar ao local onde o sol se põe tão cheio de beleza”.

Padre Fabio de Melo

RESUMO

Atualmente o número de pacientes com hipertensão arterial sistêmica tem crescido muito em todo o mundo, inclusive no Brasil. Nos dias atuais, tal patologia tem sido apontada como a principal causa de mortalidade mundial. No Brasil, ela responde por mais de 30% dos óbitos. Diversas pesquisas já destacam essa doença como a "nova epidemia do século XXI". O não controle da pressão arterial compromete a saúde do paciente de forma tão intensa que pode levar esse paciente hipertenso a desenvolver diversos tipos de patologias. Na maioria dos casos a hipertensão não apresenta sintomas e a única maneira de controlá-la é através da prevenção primária. Sendo assim, o presente projeto de intervenção teve como objetivo principal descrever o controle dos fatores de risco da hipertensão arterial sistêmica no PSF do Assentamento Itamarati na cidade de Ponta Porã – MS. Foi desenvolvida uma abordagem com a equipe multidisciplinar com os pacientes hipertensos, a fim de fazê-los conhecer e por em prática hábitos saudáveis para alcançar o controle da hipertensão, como também incentivar a perda de peso e a prática de exercícios físicos diariamente. Pode-se concluir que o projeto “vida saudável” teve seus objetivos propostos alcançados e continua sendo desenvolvido na unidade, porém agora com um público maior, tendo em vista que muitos pacientes aderiram ao programa proposto.

Palavras-chave: hipertensão arterial sistêmica, controle, fatores de risco.

ABSTRACT

Nowadays, the number of patients with hypertension arterial systemic has been growing very all over the world, besides in Brazil. In the days current, such pathology has been appeared as to principal mortality cause all over the world. In Brazil, they answer for more than 30% of the deaths. Several researches already detach that disease as the "new epidemic of the century XXI ". The non control of the blood pressure commits to the patient's in an intense way health that can take that patient hypertensive to develop several types of pathologies. In most of the cases the hypertension doesn't present symptoms and the only way of you control her it is through the primary prevention, through continuous measurements. Being like this, the present intervention project had as main objective to describe the control of the factors of risk of the hypertension arterial systemic in Assentamento Itamarati's PSF in Ponta Porã's city - MS. An approach was developed with the team multidisciplinary with the patients hypertensive, in order to do them to know and for in practice healthy habits to reach the cure of the hypertension, as well as to restraint the weight loss and the practice of physical exercises daily. It can be ended that the project "healthy life", had your objectives proposed reached and it continues being developed in the unit, however now with a larger public, tends in view that many patient they stuck to the proposed program.

Word-key: Hypertension arterial systemic, control, risk factors.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Classificação da pressão arterial em adultos (> 18 anos).....	12
Quadro 2. Sinais sugestivos de hipertensão	12
Quadro 3. Mudanças necessárias para pacientes em tratamento não farmacológico	14

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Primeiro contato dos pacientes com a equipe multidisciplinar.....	20
Figura 2. Encontro de uma paciente com a médica e a enfermeira.....	21
Figura 3. Equipe multidisciplinar.....	22
Figura 4. Pesquisadora em uma das palestras com os usuários.....	22
Figura 5. Cardápio vida saudável elaborado pela pesquisadora	23

SUMÁRIO

1. ASPECTOS INTRODUTÓRIOS	10
1.1 Introdução	10
1.2 Objetivo geral	17
1.3 Objetivos específicos	17
2. ANÁLISE ESTRATÉGICA.....	18
3. IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO	20
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	25
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	26
ANEXOS	29

1 ASPECTOS INTRODUTÓRIOS

1.1 Introdução

A hipertensão arterial é uma das doenças cardiovasculares de maior prevalência no Brasil e no mundo. Enquadra-se entre as doenças crônicas não transmissíveis, sendo conceituada como uma síndrome caracterizada pela presença de níveis tensionais elevados, associados a alterações metabólicas e hormonais e a fenômenos tróficos (hipertrofias cardíacas e vascular)¹.

No Brasil, estima-se que 15 a 20% da população adulta urbana seja acometida por Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Dados acerca da ocorrência de crise hipertensiva (CH) variam de 1 a 27%². Na maioria dos centros não existe uma padronização para o diagnóstico específico da crise hipertensiva³.

As doenças cardiovasculares eram pouco conhecidas, passando a ser a principal causa de mortalidade⁴. Entre os fatores de risco para desenvolver doença cardiovascular, a hipertensão passou a ser uma delas. Desta forma, a hipertensão tornou-se um problema de saúde pública⁵.

De acordo com que preceituam Smeltzer e Bare⁶: “a pressão arterial alta, conhecida como hipertensão, pode resultar de uma alteração no débito cardíaco, de uma alteração de resistência periférica ou de ambas”.

A hipertensão pode ser dividida em dois tipos: a hipertensão primária (essencial) e a hipertensão secundária. A hipertensão primária é tida como de etiologia desconhecida⁷. Desenvolve-se lentamente, não apresentando sintomas de início, porém, com o passar do tempo provoca alterações no cérebro, coração e rins, chamados de órgãos alvo⁸.

Segundo Bevilacqua *et al*⁹, a hipertensão primária é tida como um processo plurifatorial, onde os mais importantes fatores são: a hereditariedade; fator eletrolítico, com o mecanismo da bomba de sódio. Guyton e Hall¹⁰ estabelecem também como um dos fatores de risco, a regulação do fluxo sanguíneo pelo próprio organismo (autorregulação), aumentando as resistências periféricas total, levando ao aumento da pressão arterial.

A hipertensão arterial primária, segundo Vasconcellos⁷ é um distúrbio patológico de duração prolongada em que o sistema simpático e sistema renina-

angiotensina-aldosterona são essenciais para o seu desenvolvimento. A regulação da pressão visa manter uma boa e constante pressão sanguínea, permitindo uma perfusão adequada em qualquer parte do organismo. O sistema renina-angiotensina-aldosterona é um mecanismo de regulação da pressão por meio da eliminação de sódio e água pelos rins ou da constrição e relaxamento dos vasos⁸.

Outro fator que favorece o desenvolvimento da hipertensão primária é a obesidade. O risco aumenta quando ocorre o ganho de peso¹¹. Contudo a cada quilograma de peso eliminado, a pressão pode diminuir até 1 mmHg⁸.

Ainda, como outro fator para o desenvolvimento da hipertensão é o endotélio, o qual possui uma camada unicelular de vasos sanguíneos que tem a função de passagem do sangue e endócrina, geradora de substâncias vasodilatadoras e vasoconstritoras, permitindo a regulação do tônus muscular⁷.

No que diz respeito à hipertensão secundária é tida como a hipertensão com causas bem estabelecidas, sendo que, identificando e removendo o agente etiológico, é possível controlar a hipertensão¹². Lucchese⁸ observa que as principais causas da hipertensão secundária são: coarctação da aorta; diabetes mellitus; disfunção da tireoide; disfunção da paratireoide; disfunção da suprarrenal; tumor da suprarrenal; problemas neurológicos; gravidez; obesidade; doença renal e doença renovascular.

Ainda Brasil¹² inclui nas principais causas da hipertensão secundária: estresse agudo devido à cirurgia, hipoglicemia, queimadura, abstinência alcoólica, pós-parada cardíaca e pré-operatório, como também de origem exógeno devido ao abuso de álcool, nicotina, drogas imunossupressoras e intoxicação por metais pesados e insuficiência aórtica.

Segundo define Brandão¹¹ a hipertensão é uma elevação crônica da pressão arterial sistólica e/ou diastólica. Para considerar um adulto hipertenso, devem-se ao menos aferir a pressão arterial três vezes em ocasiões diferentes, utilizando técnicas padronizadas. O quadro abaixo estabelece a classificação da pressão arterial em adultos.

Quadro 1. Classificação da pressão arterial em adultos (> 18 anos)

CATEGORIA	SISTÓLICA	DIASTÓLICA
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130 – 139	85 – 89
	HAS	
Nível I (N1)	140 – 159	90 – 99
Nível II (N2)	160 – 179	100 – 109
Nível III (N3)	> 180	> 110
HAS Sistólica Isolada	> 140	< 90

Fonte: Borges e Caetano⁴.

As manifestações clínicas podem ser assintomáticas durante muitos anos. Quando os sinais e sintomas aparecem, geralmente indicam que algum órgão foi afetado, apresentando manifestações específicas relacionadas com os órgãos⁶. Porém, em alguns casos pode apresentar sintomas, mesmo iniciado lesão de órgãos¹³.

Apesar do portador de hipertensão não apresentar sintomas, existem alguns sinais que são sugestivos de hipertensão, conforme demonstrado abaixo no quadro 1.

Quadro 2. Sinais sugestivos de hipertensão

Cansaço
Tonteiras
Fraqueza muscular em um lado do corpo
Sangramento nasal
Inchaço de mãos e pés
Urinar a noite
Dispneia
Dor no peito

Fonte: Lucchese⁸.

A forma mais correta e efetiva de se controlar qualquer doença é a prevenção primária, ou seja, combatê-la antes que apareça. Em relação à hipertensão, a prevenção primária pode ser feita por meio de estratégias populacionais e individuais. As estratégias populacionais incluem campanhas de esclarecimento nos grandes meios de comunicação, formação de professores que transmitam desde os bancos escolares do primeiro grau noções higienodietéticas e de saúde, envolvimento da equipe multidisciplinar nesta tarefa, ou seja, medidas que possam ter grande abrangência populacional¹⁴.

Sendo a hipertensão arterial sistêmica uma patologia de grande importância no surgimento de agravos, faz-se necessário a atuação do profissional médico na prevenção primária, tendo como objetivo diminuir a incidência de doenças como também a promoção da saúde na população afetada¹⁵.

De acordo com a Norma Operacional de Assistência a Saúde- NOAS-SUS 01/2001 que o Ministério da Saúde preconiza para a prevenção da hipertensão é necessário a realização de exames de laboratório; diagnóstico clínico dos casos; tratamento dos casos com um acompanhamento ambulatorial e domiciliar; verificação da pressão arterial em visitas domiciliares; realização de atividades educativas em grupo; atendimento de urgência quando a pressão arterial mostrar-se elevada, entre outras¹⁶.

A fim de prevenir a hipertensão é necessária a mudança no estilo de vida, porém muitas vezes esta mudança gera uma resistência, dificultando o tratamento. Contudo, uma alternativa utilizada para a prevenção desta patologia é a educação em saúde, orientando os pacientes nesta mudança e auxiliando nas dificuldades enfrentadas para o controle das complicações provenientes da hipertensão. Portanto, a educação em saúde pode ser considerada como uma medida para a prevenção da hipertensão, pois possibilita a independência do paciente na tomada de decisões, no que diz respeito a sua saúde¹⁷.

Desta forma, optar pela mudança de um novo estilo de vida leva a uma melhora significativa na redução dos índices pressóricos, trazendo ao paciente uma melhor qualidade de vida, diminuindo assim os fatores de risco, o qual pode levar a complicações e até mesmo a morte.

No Brasil, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma das graves situações de saúde, tanto no que diz respeito à alta prevalência como por suas elevadas porcentagens de morbimortalidade. É uma doença que afeta o aparelho circulatório, influenciando na qualidade de vida dos portadores desta patologia e de seus familiares. Sendo assim, medidas que permitam a sua prevenção e o seu controle devem ser implantadas, como por exemplo, o tratamento não farmacológico¹⁸.

Conforme esclarece Lucchese⁸, algumas mudanças no estilo de vida são necessárias para os pacientes que não fazem uso de medicamentos, de acordo com o quadro 2 abaixo.

Quadro 3. Mudanças necessárias para pacientes em tratamento não farmacológico

Perder peso se estiver acima do peso;
Evitar a ingestão de álcool;
Realizar atividade física, como caminhada de 30 a 40 minutos;
Ingerir alimentos que contenha potássio, cálcio e magnésio;
Diminuir a ingestão de sódio
Evitar fumar;
Diminuir a ingestão de gorduras

Fonte: Lucchese⁸.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia¹⁹:

São modificações de estilo de vida de comprovado valor na redução da pressão arterial: a redução do peso, a redução da ingestão de sódio, maior ingestão de potássio, uma dieta rica em frutas e vegetais e alimentos com pouco teor de gordura, a diminuição ou abolição do álcool e a atividade física. Alimentos ricos em cálcio atualmente são preconizados em conjunto com toda a série de medidas dietéticas já citadas, que juntas são benéficas para a redução da pressão arterial. A ingestão de magnésio, de derivados do ácido ecosanóico e aumento da ingestão de proteínas entre outros, não possuem até o momento evidências de valor comprovado, que indiquem sua utilização. A interrupção do fumo não interfere diretamente sobre a redução da pressão, no entanto trata-se de importante fator de risco cardiovascular e deve ser incentivada.

Segundo Brasil¹² uma alimentação adequada com hábitos saudáveis torna-se importante no controle da hipertensão. Algumas recomendações dietéticas são necessárias como: evitar o consumo de alimentos industrializados por conter grande quantidade de sal, utilizar temperos naturais, incluir na alimentação frutas, entre outros.

Os alimentos ricos em potássio são mamão, banana, cenoura, beterraba, entre outros. O magnésio permite a redução da pressão arterial, por meio da diminuição de sódio intracelular e a atividade do sistema nervoso simpático. O magnésio é encontrado em vegetais verdes, nozes, carnes e legumes²⁰.

A ingestão de bebida alcoólica regularmente aumenta a pressão. Em idosos, o consumo excessivo pode levar a um breve aumento da pressão, podendo ocasionar acidente vascular cerebral (AVC)¹³.

O risco do tabagismo está diretamente ligado à quantidade de cigarros fumados e a forma de inalação. Por meio de aconselhamento e medidas terapêuticas, os pacientes portadores de hipertensão devem ser estimulados a abandonar o hábito de fumar¹².

Outro importante ponto a ressaltar é que dentre as medidas não farmacológicas de tratamento para HAS, a atividade física tem sido amplamente recomendada. Diversos estudos têm verificado que o treinamento físico é capaz de diminuir a pressão arterial de indivíduos hipertensos²¹.

No que se refere à adesão ao tratamento, as indicações para o controle da hipertensão consideram que o paciente tem compromisso com o seu próprio tratamento e pelas alterações no estilo de vida. A adesão exige que o paciente seja ativo e coopere com os profissionais de saúde nas adaptações dos objetivos para o seu tratamento e no significado dos métodos pelos quais esses objetivos serão alcançados. Os pacientes devem modificar seu estilo de vida e tomar os medicamentos que foram receitados. Se o paciente apresentar alguns dos sintomas causados pela hipertensão ou se sentir pior ele deve procurar o profissional médico. O resultado do tratamento deve ser analisado e novos objetivos devem ser estabelecidos quando necessário. Desta forma, o tratamento deve fazer parte da vida do hipertenso²².

No mesmo sentido, destacam Rodrigues *et al.*²³

Muitas variáveis devem ser consideradas no mau controle pressórico, mas certamente a adesão do paciente às necessárias mudanças no estilo de vida e ao tratamento farmacológico é fator inegável, tendo merecido ampla abordagem por especialistas nacionais. Pode-se afirmar que a adesão representa o ponto crucial em busca da melhora dos baixos índices de controle da pressão arterial (PA), requerendo múltiplas estratégias para atingir este objetivo. Estão entre fatores decisivos para um bom controle pressórico: a proximidade na relação médico-paciente; a educação continuada para médicos e pacientes sobre a doença e suas consequências; o estabelecimento de programas governamentais de diagnóstico, acompanhamento e fornecimento de medicação; o uso de drogas eficazes, com comodidade posológica e poucos efeitos colaterais, entre outros.

Estudos relacionados à pacientes hipertensos mostram que o grau de adesão ao tratamento farmacológico encontra-se em torno de 50%. A baixa adesão ao tratamento anti-hipertensivo está comumente associada como causa do descontrole da pressão arterial e progressão da doença²⁴.

No que se refere ao tratamento da hipertensão arterial utilizam-se medidas tanto não-farmacológicas isoladas, como associadas a fármacos anti-hipertensivos. Assim, conforme a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC)¹⁹: "o objetivo primordial do tratamento da hipertensão arterial é a redução da morbidade e da

mortalidade cardiovasculares do paciente hipertenso, aumentadas em decorrência dos altos níveis tensionais e de outros fatores agravantes".

Ao tratar a hipertensão é necessário ter em mente os fatores de risco associados e o impacto do tratamento nestes fatores. Assim, apesar de um controle satisfatório da pressão arterial, outros fatores de risco potencialmente maiores podem se sobrepor, não melhorando a situação clínica do paciente, fazendo com que o tratamento atual da hipertensão arterial sistêmica não possa se resumir simplesmente à redução dos níveis pressóricos, mas do risco cardiovascular global³.

A assistência ao portador de hipertensão deve ser realizada pela equipe multiprofissional, devendo ser indispensável a presença de todos neste processo, tendo em vista que cada um assume um papel de relevância, possibilitando, por meio de métodos terapêuticos aplicados ao paciente, promover uma melhor qualidade de vida²⁵.

O papel do médico na equipe multiprofissional é, segundo Almeida e Mishima²⁶, ter a condição de fornecer o diagnóstico individual diante de uma situação clínica e o estabelecimento do tratamento correto, sendo esta função de importância fundamental e necessária ao cuidado de saúde.

As ações comuns dos profissionais de saúde são: promoção à saúde (ações educativas com ênfase em mudanças do estilo de vida, correção dos fatores de risco e produção do material educativo); capacitação de profissionais; encaminhamento a outros profissionais quando indicado; ações assistenciais individuais e em grupo e gerenciamento do programa¹².

A abordagem multiprofissional proporciona aos pacientes e a comunidade todas as informações necessárias, tornando-os participantes ativos e motivados para vencer o desafio do controle da hipertensão arterial sistêmica¹⁹.

1.2 Objetivo geral

Desenvolver uma abordagem multidisciplinar de controle dos fatores de risco da hipertensão arterial sistêmica no ESF do Assentamento Itamarati na cidade de Ponta Porã /MS, promovendo, assim a implantação de hábitos saudáveis, coibindo a perda de peso e a prática frequente de exercícios físicos e consequentemente ampliando o conhecimento da amostra sobre os riscos de uma doença cardiovascular e as interações da mesma com outras doenças.

1.3 Objetivos específicos

- Avaliar o risco individual de pacientes para desenvolver hipertensão;
- Analisar a necessidade de intervenção médica na mudança de hábitos alimentares e subsequente agendar o tratamento das mesmas se diagnosticado a hipertensão;
- Orientar os pacientes sobre a importância de exercícios físicos diários e entregar um cardápio com orientações sobre alimentação saudável.

2 ANÁLISE ESTRATÉGICA

A população alvo desse projeto de intervenção são os pacientes pertencentes à unidade ESF do Assentamento Itamarati, localizada no município de Ponta Porã/MS, totalizando 280 pacientes com hipertensão arterial ($n = 280$).

Depois de avaliado o risco individual dos pacientes desenvolverem hipertensão arterial, serão submetidos às intervenções necessárias, procedimentos para avaliar a pressão arterial diariamente, além disso, os mesmos serão orientados a aderirem um melhor hábito alimentar e exercícios físicos diários. Em complementação, será fornecido a esse grupo um panfleto educativo, sobre informações necessárias para o controle da hipertensão.

Todos os pacientes participarão do projeto para ter uma busca desses pacientes hipertensos não diagnosticados, como também pacientes com hipertensão a fim de alcançar um melhor controle da PA e uso regular dos medicamentos. Além disso, esses pacientes objetivam a perda de peso e a implantação de hábitos saudáveis na alimentação.

Houve uma primeira reunião com a equipe do ESF Itamarati, onde foi acertado com a equipe o dia da semana e o horário para se realizar o projeto na unidade, qual seria a frequência necessária para acompanhamento dos pacientes, quem seriam as pessoas e os profissionais que fariam parte do projeto e, assim, os ACS foram orientados a divulgar o projeto durante as visitas habituais nas casas dos pacientes.

Depois de realizada a reunião com a equipe, houve a primeira conversa com os pacientes. Nesse encontro foi apresentado o PI, o objetivo almejado pela equipe e foi comunicado ao grupo suas responsabilidades. Posteriormente, concluída a etapa 1, semanalmente todas as intervenções necessárias no grupo serão realizadas.

No decorrer do projeto será designada à palestra educativa com o grupo sobre fatores de risco que desenvolvem a hipertensão arterial, modificações de hábitos alimentares e a importância do exercício físico diário, com posterior entrega de cardápio informativo.

Depois de concluídas todas essas etapas, com o objetivo de modificar a situação problema, se faz necessário o empenho de toda a amostra em seguir as

orientações que serão passadas e comparecer nas intervenções clínicas necessárias.

Muitos pacientes submetidos ao tratamento na unidade são portadores de diabetes e hipertensão arterial, e grande parte destes se mostra sedentária e obesa. De acordo com que afirmam Santos e Lima¹⁷, a prevalência mundial da obesidade vem aumentando rapidamente nas últimas décadas, podendo até ser apontada como uma verdadeira epidemia mundial. Esta ocorrência é bastante preocupante, pois a obesidade está diretamente relacionada a alterações metabólicas, como a hipertensão e a intolerância à glicose, considerados fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e de *diabetes mellitus* do tipo 2.

No mesmo sentido, destacam Tardido e Falcão²⁷ que, a obesidade é uma doença crônica, que se caracteriza pelo excesso de gordura corporal. É um dos principais problemas de saúde pública no mundo e atinge não apenas nações industrializadas, mas também países desenvolvidos, se tornando, então, um fator de riscos para doenças cardíacas e diabetes. Apesar da atual consciência pública sobre o que a doença pode causar, sua incidência continua aumentando.

A inadequação dos hábitos alimentares e um estilo de vida sedentária são hoje as principais causas que levam à obesidade. O conhecimento claro e atualizado do padrão alimentar é uma necessidade básica, pois o consumo alimentar tem sido relacionado à obesidade não apenas quanto ao volume de ingestão alimentar como também à composição e qualidade da dieta. Atualmente, pesquisas observacionais têm destacado estreita relação entre maus hábitos alimentares e a ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis²⁸.

3 IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

O projeto de intervenção teve início no dia 12/02/2015 com a primeira reunião da equipe composta pelo médico, enfermeiro, ACS e técnica de enfermagem, para deliberar qual seria o objetivo do projeto, quem seriam as pessoas que poderiam participar do mesmo, quais deveriam ser as particularidades da amostra e a duração do projeto, além da data para a realização do PI ficando definido às quintas-feiras.

No dia 05/03/2015, deu-se início de fato ao projeto. Ocorreu nessa data o primeiro contato da amostra com a equipe (Figura1), foi realizada uma conversa informal, onde foi apresentado o Projeto de Intervenção para todos os pacientes, sendo explicado quais eram os objetivos e as responsabilidades tanto da equipe quanto da amostra, deixando claro que todos poderiam participar. Foi nessa reunião que os participantes fizeram a escolha do nome do projeto, sendo denominado de “vida saudável”.

Figura1: Primeiro contato dos pacientes com a equipe multidisciplinar



Fonte: Pesquisadora

No dia 12/03/2015 foi realizada a anamnese, os exames clínicos médicos incluindo a pesagem inicial, aferição da PA e a avaliação do risco individual atual dos pacientes e as orientações necessárias.

No dia 04/04/2015 aconteceu uma atividade em grupo com a psicóloga (Figura 2), sobre fatores importantes para se adquirir uma vida saudável, de como eles deveriam mudar seus hábitos alimentares, e de como isso influenciaria em suas vidas. Continuaram-se os atendimentos médicos necessários aos pacientes, sendo realizadas rodas de conversa com a médica, sendo enfatizada a necessidade de manter uma alimentação regrada, a importância de atividades físicas diariamente para os hipertensos, como também para outras comorbidades e o uso regular dos medicamentos.

No dia 15/04/2015 foi realizada uma palestra educativa com entrega de um cardápio, com uma descrição sobre o que é hipertensão arterial, fatores de risco, o risco de uma cardiopatia se não tratada corretamente, os benefícios de uma alimentação saudável e exercícios que podem ser realizados diariamente.

Figura 2: Encontro de uma paciente com a médica e a enfermeira



Fonte: Pesquisadora

Figura 3: Equipe multidisciplinar



Fonte: Pesquisadora

Figura 4: Pesquisadora em uma das palestras com os usuários



Fonte: Pesquisadora

Figura 5: Cardápio vida saudável elaborado pela pesquisadora



Fonte: Pesquisadora

Analisando o Projeto de Intervenção, considero que houve êxito por parte da satisfação dos pacientes que fizeram parte do mesmo, por mais que foi aberto para toda a população, todos os dias em que foi posto em prática o projeto todos participaram, sendo que foram poucos os que faltaram. Alguns eliminaram peso, aderindo a uma vida mais saudável.

Houve conversa individual com a psicóloga durante os encontros semanais, e atividades incentivadoras em grupo, as quais foram fundamentais para motivar a amostra a superar a compulsão, o desânimo e alcançar os ideais preestabelecidos.

Em conclusão, foi extremamente gratificante proporcionar informações às pessoas para aderirem a um estilo de vida saudável, e a eliminação de peso dos

pacientes que se propuseram a aderir uma alimentação mais balanceada, possibilitando no fim um bem estar físico e consequentemente psicológico e uma vida mais saudável.

A procura regular de hipertensos e os predispostos a hipertensão foi grande, havendo o controle diário da PA e o uso regular dos medicamentos por esses hipertensos diagnosticados.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implantação do presente projeto na ESF Itamarati, localizada no Assentamento Itamarati na cidade de Ponta Porã - MS, só foi possível porque houve comprometimento de toda a equipe da unidade para que os resultados obtivessem êxito, havendo também a participação e a busca de melhor qualidade de vida por parte dos pacientes que participaram do mesmo, concluindo até o fim essa etapa.

Dos objetivos gerais propostos conseguiu-se realizar a abordagem multidisciplinar no grupo, a qual foi composta por um grupo de profissionais onde havia psicóloga, enfermeira, médica, ACS e técnica de enfermagem.

Conseguiu-se a implantação de hábitos saudáveis no grupo, contribuindo para a perda de peso e a prática frequente de atividade física, e esse objetivo é notório, pois esses pacientes com sobrepeso e obesos conseguiram eliminar peso, e graças às atividades educativas o grupo adquiriu mais informações sobre a obesidade e conseqüentemente seus riscos e as interações com as alterações sistêmicas.

Uma problemática que foi encontrada no local foi a falta de estrutura para se praticar esportes, fazer exercícios físicos, e assim, ajudar a população a ter um incentivo maior, pois a localização é em um Assentamento sem pavimentação.

Já houve reclamação e cobrança da população à gestão do município, para melhoria de infraestrutura. Com todos esses problemas, há um incentivo da equipe de saúde para que esses pacientes caminhem em seus próprios lotes e façam exercícios físicos.

Por meio dos bons resultados alcançados, a equipe da ESF decidiu que o projeto “vida saudável”, continuará ocorrendo na unidade com frequência mensal para acompanhamento destes pacientes e como incentivo frequente, visto que os fatores de risco para a hipertensão é alarmante, assim deve ser tratada como tal.

Pode-se concluir que o projeto “vida saudável” teve seus objetivos propostos alcançados e continua sendo desenvolvido na unidade, porém agora com um público maior, tendo em vista que muitos pacientes aderiram ao programa proposto.

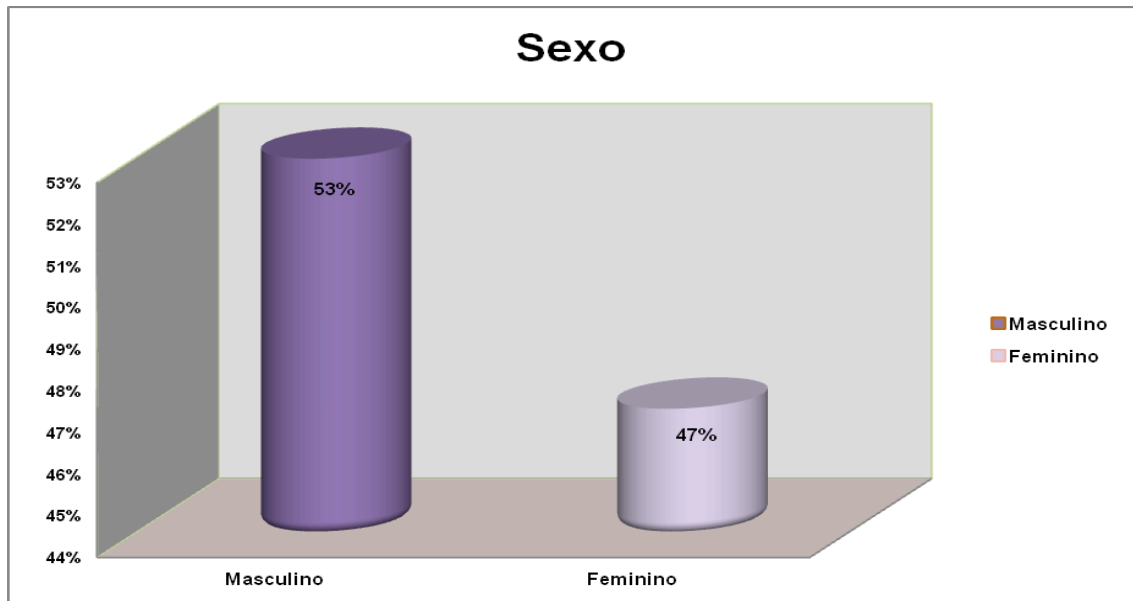
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. RIEIRA, A.R.P. **Hipertensão arterial**: conceitos práticos e terapêuticos. São Paulo: Atheneu, 2010.
2. ALMEIDA, F.A. Emergências hipertensivas: bases fisiopatológicas para o tratamento. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 9, 2012.
3. LIMA, S.G., *et al.* Hipertensão arterial sistêmica no setor de emergência: o uso de medicamentos sintomáticos como alternativa de tratamento. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 85, n. 2, agosto, 2005.
4. BORGES, P.C.S.; CAETANO, J.C. Abandono do tratamento da hipertensão arterial sistêmica dos pacientes cadastrados no Hiperdia/MS em uma unidade de saúde do município de Florianópolis – SC. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 34, n. 3, 2006.
5. PAIVA, D.C.P. *et al.* Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 22, n. 2, Rio de Janeiro, fev. 2006.
6. SMELTZER, S.C.; BARE, B.G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**, v. 3, 10. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
7. VASCONCELLOS, E.M. **Hipertensão arterial sistêmica**: uma experiência de 34 anos. Rio de Janeiro: Rubio, 2004.
8. LUCHESE, F. **Desembarcando a hipertensão**. Porto Alegre: L&PM, 2004.
9. BEVILACQUA, F. *et al.* **Fisiopatologia clínica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2008.
10. GUYTON, A.C; HALL, J.E. **Fisiologia humana e mecanismos das doenças**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
11. BRANDÃO, A.; ÁVILA, A.; TAVARES, A. *et al.* Conceituação, Epidemiologia e Prevenção Primária. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, v. 32, supl. 1, p. 1-4, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbn/v32s1/v32s1a03.pdf>>. Acesso em: 14 abril 2015.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Hipertensão Arterial Sistêmica. **Caderno de Atenção Básica**. Brasília, n. 15, 2006.
13. HART, J.T.; SAVAGE, W. **Tudo sobre hipertensão arterial**. São Paulo: Organização Andrei Editora Ltda, 2011.

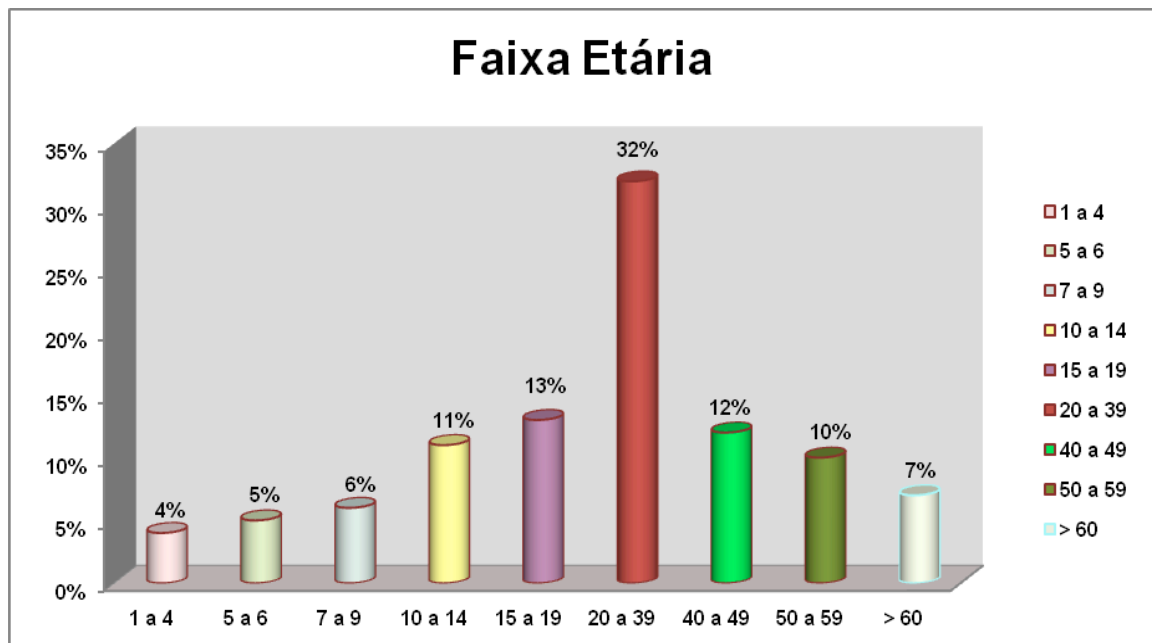
14. RIELLA, M.C. **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólítico**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.
15. XIMENES NETO, F.R.; MELO, J.R. Controle da hipertensão arterial na atenção primária em saúde: uma análise das práticas do enfermeiro. **Revista Enfermagem Global**, n. 6, maio, 2005.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma operacional de Assistência à Saúde - NOAS/SUS - 01/2001**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
17. SANTOS, Z.M.S.A.; LIMA, H.P. Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: análise das mudanças no estilo de vida. **Texto e Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 90-7, jan./mar., 2008.
18. FAJARDO, C. A importância da abordagem não-farmacológica da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade**. Rio de Janeiro, v.1, n. 4, jan./ mar. 2006.
19. BRASIL. Sociedade Brasileira de Cardiologia e Sociedade Brasileira de Nefrologia. **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**, 4 (IV DBHA). Campos do Jordão, 2002.
20. AUGUSTO, A.L.P.; GERUDE, M. Nutrição na hipertensão arterial sistêmica. In: AUGUSTO, A.L.P. *et al.*. **Terapia nutricional**. São Paulo: Atheneu, 2003.
21. MONTEIRO, M.F.; SOBRAL FILHO, D.C. Exercício físico e o controle da pressão arterial. São Paulo: **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 10, n. 6, nov/dez. 2004.
22. REBOLHO, A. Atenção farmacêutica ao paciente hipertenso: uma abordagem na adesão ao tratamento. **Revista Infarma**, v.14, n. 11/12, 2002.
23. RODRIGUES, C.I.S. *et al.* Hipertensão arterial refratária: uma visão geral. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 11, n. 4, p. 218-22, out./dez., 2004.
24. NAVES, J.O.S. **Avaliação da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária no Distrito Federal**. Dissertação. Universidade de Brasília. Brasília, 2012.
25. PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n.1. São Paulo, fevereiro, 2001.
26. ALMEIDA, M.C.P.; MISHIMA, S.M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Revista Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, n. 9, agosto, 2001.
27. TARDIDO, A.P.; FALCÃO, M.C. O impacto da modernização na transição nutricional e obesidade. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, v. 21, n. 2, p. 117-124, 2006.

28. FREITAS, H.R.M. **Análise da prevalência de obesidade em escolares da rede de ensino particular de Morada Nova**. Monografia. Faculdade Católica Rainha do Sertão. Curso de Educação Física. Licenciatura em Educação Física. Quixadá – Ceará, 2010.

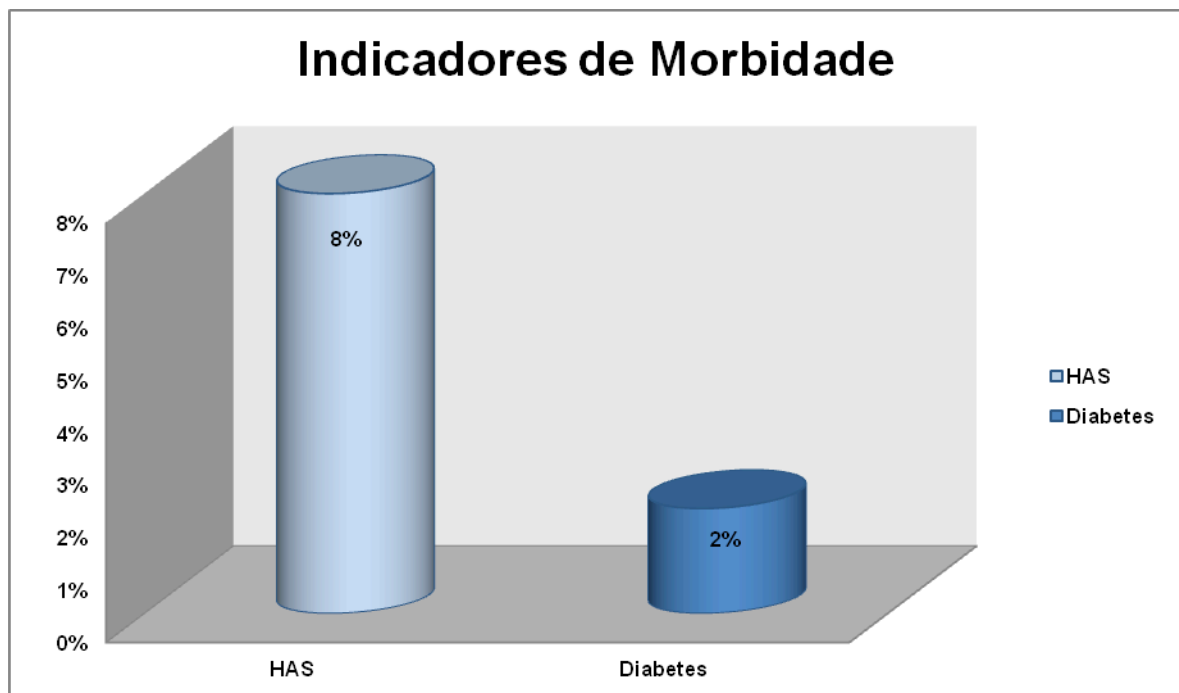
ANEXOS

Gráfico 1. Sexo

Fonte: Pesquisadora

Gráfico 2. Faixa Etária

Fonte: Pesquisadora

Gráfico 3. Indicadores de Morbidade

Fonte: Pesquisadora

Tabela 1. Painel de problemas

Hábitos alimentares irregulares
Falta de atividades físicas
Fumo
Consumo de bebidas alcoólicas
Obesidade
Estresse
Níveis altos de colesterol
Diabetes
Sono inadequado

Fonte: Pesquisadora